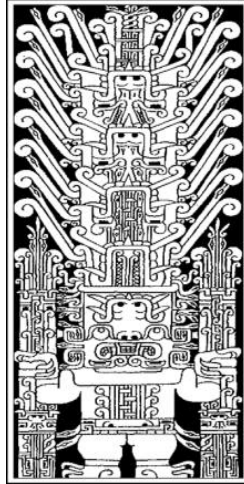


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO, HIJOS SANOS TENDRÉ PORQUE
LOS VACUNÉ, EN CONOCIMIENTOS, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL
CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO - 2017**

**EFFICACY OF AN EDUCATIONAL PROGRAM, HEALTHY CHILDREN I WILL
HAVE BECAUSE I VACCINATED THEM, IN KNOWLEDGE, FOR COMPLIANCE
WITH THE VACCINATION SCHEDULE IN CHILDREN OVER 1 YEAR – 2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

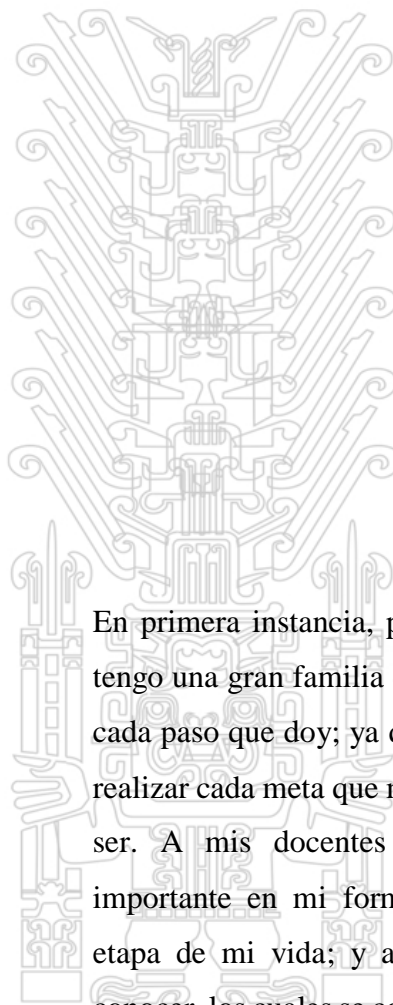
CUNO QUISPE, NURY ELIZABETH

ASESORA:

DRA. RUTH SEMINARIO

LIMA - PERÚ

2018

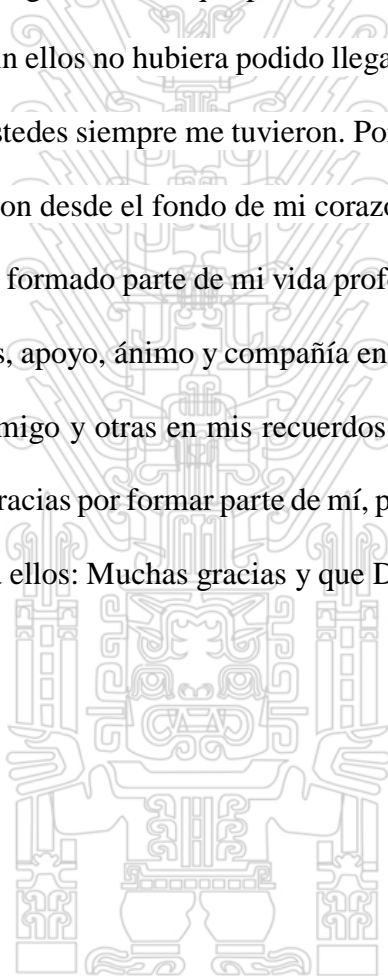


En primera instancia, para Dios porque gracias a él, tengo una gran familia que son mi motivo y fuerza en cada paso que doy; ya que gracias a ellos pude lograr realizar cada meta que me propuse, y soy quien quiero ser. A mis docentes que fueron una guía muy importante en mi formación profesional y en cada etapa de mi vida; y a las personas que eh podido conocer, los cuales se convirtieron en mis amigos; y en especial a todos mis pacientes, porque gracias a todos ellos pude aprender a ser más humana, por ellos me superare día a día.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A mis profesores y que durante toda mi carrera profesional, me han aportado con un granito de arena a mi formación, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, sus experiencias, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. Y en especial a mi familia, ya que sin ellos no hubiera podido llegar a donde llegué, con la fuerza, la confianza y con el amor que ustedes siempre me tuvieron. Por ustedes puedo decir que crecí con amor; gracias por ser como son desde el fondo de mi corazón.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.



RESUMEN

El presente estudio es cuantitativo porque nos permitirá medir y cuantificar numéricamente la variable, con un diseño de tipo cuasi-experimental con preprueba y postprueba, realizadas a

UNEFV

madres. Tiene como objetivo determinar la efectividad del programa educativo “Hijos sanos tendré, porque los vacuné” e identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños mayores de un año del P.S. Metropolitana. 2017; antes y después de la aplicación del programa educativo. La investigación se basa en el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, que nos habla de naturaleza multifacética de las personas, en su interacción con el entorno, cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud.

La población estuvo conformada por 106 madres de niños mayores de un año y la muestra fue de 46 madres. Los resultados fueron que de 46 madres (100%); antes de la aplicación del programa educativo, se observa que la mayoría de madres presentan nivel de conocimiento bajo (52.2%), con menor proporción el nivel de conocimiento medio (47.8%). Después de aplicado el Programa Educativo, el porcentaje de madres con un nivel bajo de conocimiento decrece significativamente a 6.5%, con menor proporción nivel de conocimiento medio (19.6%) y así mismo el porcentaje de las madres con un nivel alto de conocimiento crece significativamente a 73.9%.

Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio: Existe efectividad significativa del programa educativo “Hijos sanos tendré, porque los vacuné”, en conocimientos de las madres de niños mayores de un año.

PALABRAS CLAVES: eficacia, programa educativo, calendario de vacunación, cumplimiento

ABSTRACT

The present study is quantitative because it will allow us to measure and numerically quantify the variable, with a quasi-experimental design with pre-test and post-test, made to mothers. Its

objective is to determine the effectiveness of the educational program "Healthy children I will
Tesis No divide citar esta tesis

have, because I vaccinated them" and to identify the level of knowledge of the mothers of children older than one year of the P.S. Metropolitan 2017; before and after the application of the educational program. The research is based on the Nola Pender Health Promotion Model, which speaks of the multifaceted nature of people, in their interaction with the environment, when they try to reach the desired state of health.

The population consisted of 106 mothers of children over one year old and the sample consisted of 46 mothers. The results were that of 46 mothers (100%); before the application of the educational program, it is observed that the majority of mothers have a low level of knowledge (52.2%), with a lower proportion of the average level of knowledge (47.8%). After applying the Educational Program, the percentage of mothers with a low level of knowledge decreases significantly to 6.5%, with a lower proportion of average knowledge level (19.6%) and likewise the percentage of mothers with a high level of knowledge grows significantly to 73.9%.

So it is concluded that the study hypothesis is accepted: There is significant effectiveness of the educational program "Healthy children I will have, because I vaccinated them", in knowledge of mothers of children over one year.

KEY WORDS: efficacy, educational program, vaccination calendar, compliance



INDICE

CARÁTULA.....i

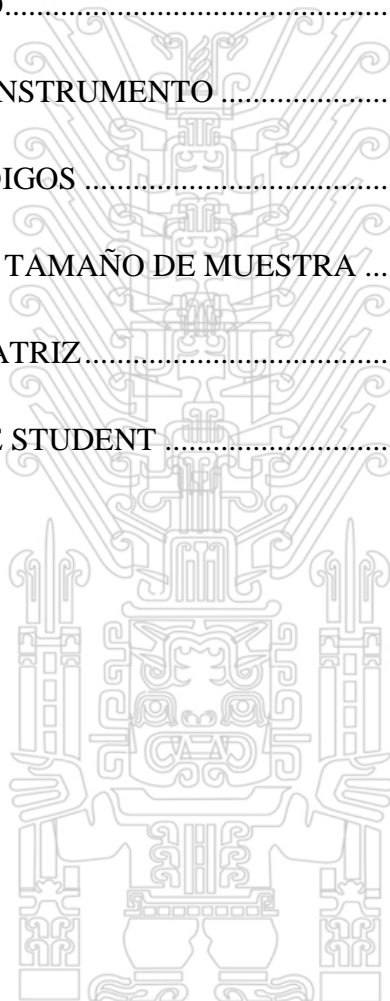
AGRADECIMIENTO.....iii

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
INDICE.....	v
INTRODUCCIÓN	viii
MARCO TEORICO.....	1
PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS.....	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVO ESPECIFICOS	19
MÉTODO	20
DISEÑO DE ESTUDIO.....	20
POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	21
MUESTRA	21
DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	22
VARIABLES DE ESTUDIO	22
TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
PROCEDIMIENTOS	23
PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
PROCESAMIENTO DE DATOS	24
RESULTADO.....	24
DISCUSIÓN.....	29

CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS	35
ANEXOS	1
ANEXO A: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	1
ANEXO B: CUESTIONARIO.....	1
ANEXO C: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	4
ANEXO D: TABLA DE CODIGOS	4
ANEXO E: CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	5
ANEXO F: TABLA DE MATRIZ.....	1
ANEXO H: PRUEBA T DE STUDENT	6



INDICE DE TABLAS

TABLA 1: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS
MAYORES DE UN AÑO ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

“NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ” 25

TABLA 2: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO “NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ”..... 26

TABLA 3: EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO - 2017.
.....27

TABLA 4: CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN AANTES Y DESPUES DEL PROGRMA EDUCATIVO “HIJO SANO TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”, EN NIÑOS MAYORES DE UN AÑO - 2017.
..... 29



INTRODUCCIÓN

Para muchos, la prevención de las enfermedades infecciosas requiere romper la cadena epidemiológica, actuando sobre la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y sobre el individuo, a fin de aumentar la resistencia natural a la infección mediante la

aplicación de las vacunas. Las inmunizaciones son una de las intervenciones más eficaces para disminuir la morbilidad, de niños menores de 5 años, por enfermedades inmunoprevenibles; esto se logra por medio de las vacunas, las cuales previenen enfermedades, que debilitan y discapacitan a los niños; su uso salva millones de vida cada año. También es muy importante para lograr los objetivos del Desarrollo del Milenio. La inmunización es un componente esencial del derecho humano a la salud, a la par que es considerado un aspecto de responsabilidad, que debe ser adoptado por individuos, comunidades y gobiernos, por lo que debe considerarse como un elemento de gran importancia. (OMS, 2014).

Cabe mencionar que cada año se previene hasta 3 millones de defunciones por difteria, tos ferina, tétano y sarampión. Sin embargo, al mejorar la cobertura vacunal, a nivel mundial, se podría evitar otros 1,5 millones de defunciones. En los últimos años la cobertura vacunal se ha estancado (...), Por ejemplo, con la vacuna DPT3, 130 países, habían alcanzado el 90% de cobertura vacunal (...). Sin embargo, existe una estimación de 19,5 millones, en el mundo, de lactantes que no reciben las vacunas básicas. (OMS, 2018)

Según el Plan Nacional de Acción Mundial, este siglo promete ser el de las vacunas, con la posibilidad de erradicar, eliminar o controlar numerosas enfermedades infecciosas graves, potencialmente mortales o debilitantes; y de la inmunización como núcleo de las estrategias de prevención. (OMS, 2013)

MARCO TEORICO

Existen diversas investigaciones que relacionan las variables de estudio, entre ellas destacan: Izquierdo Orosco R (2014) que realizó sobre los conocimientos que tiene la madre vacunal, de niños menores de un año, sobre inmunización y cumplimiento del calendario, Universidad Ricardo Palma, Perú, dicha investigación llegó a las siguientes conclusiones: Que el mayor porcentaje de las madres que solo tienen un grado de instrucción primaria cumplen menos con el calendario vacunal; La mayoría de las madres que no reciben un ingreso económico mensual, las cuales no trabajan, cumplen menos con el calendario de vacunación de sus menores hijos; Las madres que tienen más de cuatro hijos son las que menos cumplen el calendario vacunal; El alto porcentaje de madres que conocen menos sobre las inmunizaciones no cumplen con el esquema de vacunas, El nivel de conocimiento y el cumplimiento del calendario de vacunación tienen alta significancia estadística, aprobándose la hipótesis planteada. (R, 2014)

Quezada Morocho C (2013) realizó la investigación sobre el conocimiento de las madres, sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años, Ecuador, Universidad Nacional De Loja, dicha investigación llegó a las siguientes conclusiones: Las madres reconocen que las vacunas previenen enfermedades, pero no tienen un conocimiento adecuado sobre la importancia de las vacunas durante los primeros años de vida del niño y desconocen la edad adecuada para llevar a vacunar a los niños; De los 65 niños que son objeto de estudio, se encontró un considerable porcentaje con esquemas de vacunas incompletos, considerando que no han sido vacunados de acuerdo al esquema de vacunación previsto para la edad según el Ministerio de Salud; No se identificó la presencia de enfermedades inmunoprevenibles en los niños menores de 5, pero cabe

Respiratorias Agudas, enfermedades diarreicas agudas, entre otra que afectan a la niñez.
(C, 2013)

Morquecho K, Naula M, Ortiz S (2014), realizó una investigación sobre conocimientos, actitudes y práctica, sobre vacunas, en las madres de las comunidades de Sigsihuayco y Ángel María Iglesias Del Cantón Cañar, Universidad de Cuenca, Ecuador, dicha investigación llegó a las siguientes conclusiones: El personal de enfermería que laboran en las áreas de vacunación poseen una estrecha relación teórico-práctico en la cual se evidencia el cumplimiento con las normas y protocolos que establece el MSP en la aplicación de las vacuna; En cuanto a sus actitudes y prácticas el personal profesional, internos y auxiliares se encuentran cumpliendo con una técnica correcta en la administración de vacunas lo cual demuestran que el personal de enfermería coordina eficientemente; A pesar de tener un buen nivel de conocimiento en normas de bioseguridad el personal de enfermería no cumple con la aplicación de los mismos. Sin embargo un mínimo porcentaje presenta pequeñas falencias los mismos que deberían recibir una capacitación.(Morquecho, 2014)

Salinas B (2012), realizó la investigación sobre las actitudes de las madres, en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud, Venezuela, la investigación llegó a la siguiente conclusión: Se demostró que las madres refieren, tener conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos; así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de éstas sobre nuevas inmunizaciones. Las madres presentan retraso en el cumplimiento de las vacunas de sus niños. Es necesario reforzar los procesos de educación y promoción de las vacunas, así como también crear más centros de vacunación. (Salinas, 2012)

Gracias a la asistencia financiera de la Alianza GAVI y otros asociados, hoy en día se está inmunizando a más niños que en ningún otro momento de la historia: más de 100 millones de niños al año en estos últimos años. (...). Las vacunas contra neumococo y rotavirus, que tienen algunos países, se deben a que reúnen las condiciones para recibir ayuda de la GAVI, por lo que estas vacunas previenen en gran parte, las neumonías y diarreas, las dos principales causas de la morbilidad de la niñez. Su introducción ofrece oportunidades de ampliar el uso de otras intervenciones para prevenir y tratar la neumonía y la diarrea a fin de conseguir un mejor control general de las enfermedades. A pesar de los progresos realizados, aun hay que hacer grandes esfuerzos para llegar a los 24 millones de niños, principalmente en los países de desarrollo, a los que esta resultando difícil alcanzar con vacunas. La definición y la aplicación de estrategias para saltar las barreras al acceso, debe ser una de las grandes prioridades, pues todos los niños tienen derecho a ser protegidos contra las enfermedades prevenibles. (OMS U. , 2010)

Durante la década de 1970, los países del mundo enfrentaba una alta carga de morbilidad y mortalidad causada por enfermedades, para las cuales ya existían vacunas, las que no eran aun utilizadas adecuadamente por la falta de programas consolidados y estrategia exitosas. En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a los países del mundo a establecer el Programa amplio de Inmunización (PAI), el que contaba con inmunobiológicos contra seis enfermedades prioritarias: las formas severas de tuberculosis, la poliomeilitis, la difteria, la tos ferina, el tétano y el sarampión. En este contexto, en 1977, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), constituido por los ministerios de salud de los países de las Américas, adoptó la Resolución que establecía el Programa Amplio de Inmunización en las Américas. En 1979, con el propósito de reforzar y acelerar los esfuerzos del establecimiento del PAI en

compra de vacunas. El objetivo principal del Fondo fue brindar acceso oportuno y sostenible de vacunas, jeringas y equipos de cadena de frío de calidad. En ese mismo año, 1979, nació el Boletín Informativo del PAI (ahora llamado el Boletín de Inmunización) como una publicación periódica para facilitar y favorece el intercambio de habilidades, conocimientos e información relevante para el PAI de la Región de las Américas. (OPS)

La inmunización es un programa inacabado, con el que se ha hecho notable progresos en la reducción de la incidencia de enfermedades y muertes que pueden prevenirse mediante vacunas. Pero aún queda mucho por hacer para alcanzar los objetivos establecidos por la OMS y el UNICEF; alcanzar esos objetivos no será fácil. Un obstáculo fundamental es la debilidad subyacente de los sistemas de la salud de muchos países en desarrollo. La capacidad de los sistemas para prestar servicios como de inmunización, a menudo se ve limitada por la falta de compromiso político y financiero, la falta de conocimiento sobre gestión y la carencia de los sistemas de supervisión e información. (OMS U. , 2010)

Otro obstáculo, especialmente entre las poblaciones más pobres, es la falta de información y de conocimientos sobre la importancia de las vacunas y la inmunización. En algunas comunidades, el valor de la intervención que “ayuda a las personas sanas a mantenerse sanas” puede ser escaso, si se compara con los medicamentos que visiblemente curan a los enfermos. Y cuando las comunidades pobres, carecen de conocimientos básicos sobre el funcionamiento de las vacunas, puede suceder que los niños sean vacunados una vez, pero no regresen para recibir las dosis de refuerzo necesarias. (OMS U. , 2010, pág. 53)

A pesar de estos avances, las enfermedades prevenibles con vacunas siguen siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad. La adopción de nuevas vacunas por parte de los países de los países con ingresos medianos y bajos (donde la carga por

enfermedades suele ser la más alta) ha sido más lenta que en los países alto. Por ejemplo, en 2010 únicamente el 13% del total de nacimientos de los países con ingresos altos. Vivian en países cuyos programas de vacunación no incluían vacunas antineumocócicas conjugadas, frente a un 98% del conjunto de nacimientos de los países con ingresos bajos. La distancia geográfica de los centros de salud no es el único determinante de la baja cobertura; las desigualdades también se asocian a otros determinantes socioeconómicos, tales como los niveles de ingreso y el grado de educación de la madre. Es preciso centrarse especialmente en los países con ingresos medianos y bajos, muy poblados, en donde viven la mayoría de los que no están vacunados (...). Carecer de acceso a la atención médica y servicios básicos, con las consiguientes graves consecuencias para la salud que repercuten en la frágil economía de los individuos y de sus familias. (OMS, 2013, pág. 11)

La vacunación es una de las prioridades del sector salud, por la alta morbilidad y mortalidad que las enfermedades inmunoprevenibles han ido causando durante años. Existen muchas definiciones de salud pública. Una de las aceptadas es la formulada en 1987 en el denominado Informe Acheson: «La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad» (Acheson, 1988) Una definición parecida se encuentra en el Diccionario de salud pública de Last (2007): «Una actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, cuando sea necesario, restaurar la salud de los individuos, grupos específicos o de la población entera». En ésta como en otras muchas definiciones, la salud pública se define en términos de sus objetivos: reducir la incidencia de las enfermedades y mantener y promover la salud del conjunto de la sociedad. También está implícita en esta definición cómo conseguir estos objetivos: a través de los esfuerzos

organizados de la comunidad. Uno de estos esfuerzos es el aportado por el sistema sanitario, en su doble vertiente, preventiva y asistencia. (Gil, 2016, pág. 3)

Una de las estrategias de intervención que plantea la salud pública se clasifica en tres grupos: acciones de promoción; dirigidas a incrementar el nivel de bienestar y el potencial de salud de individuos, familias y comunidades para que modifique sus hábitos personales, estilos de vida y ambiente, de manera que pueda mejorar su salud y bienestar general; acciones de prevención, dirigidas a disminuir la probabilidad de contraer enfermedades específicas, incluyendo la protección activa hacia estresores; y acciones de curación y rehabilitación. (Martinez Navarro, 1998)

En 1978, se suscribe la Declaración de Alma-Ata, en la cual se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. (OPS O. , 1994) En 1986 tuvo lugar la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en el marco de dicha conferencia, se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes aportes para el concepto de promoción de la salud. Específicamente, se señala que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico. (SALUD, 2006, pág. 17)

La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los

peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud. (SALUD, 2006, pág. 13)

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú conceptúa la promoción de salud como: “Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno” (SALUD, 2006, pág. 23)

La promoción de la salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo: la educación para la salud. (Estudiantil, 2002)

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados

con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, octubre - diciembre, pág. 17)

La Dra. Nola Pender presentó un modelo, sobre la promoción de la salud, donde nos expone, que al hombre, se le debe de comprender, para poder ayudarlo. El conocer los conductas, conocimientos, las características y experiencias individuales, nos llevará a saber la participación, o no, en comportamientos que favorecen la salud. El modelo nos menciona tres aspectos: 1) Las características y experiencias individuales, dónde nos habla de la conducta previa que va estar ligada a experiencias anteriores del individuo y sus factores personales que estarán categorizados en biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales tendrán un efecto en el compromiso, o no, del individuo con las conductas que favorecen su salud. 2) Las condiciones y efectos relativos a la conducta específica, este es un aspecto central del modelo y se relacionan con los conocimientos y efectos (sentimientos emociones creencias específicos de la conducta, el cual comprende de 6 conceptos: el primero concepto corresponde a los beneficios percibidos por la acción, el cual menciona sobre el resultado positivo anticipado; el segundo concepto corresponde a las barreras percibidas, que alude a las apreciaciones negativas y desventajas de la propia persona; el tercer concepto corresponde a la autoeficacia percibida, que representa la percepción, de competencia, de sí mismo para ejecutar una conducta; el cuarto concepto corresponde al efecto relacionado con el comportamiento, que son las emociones y reaccione hacia una conducta y por último, las influencias interpersonales y situacionales. Estos conceptos enunciados se relacionan e influyen en el compromiso para un plan de acción. 3) Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, en la primera se considera aquellas conductas alternativas, en las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo y las responsabilidades familiares, en cambio las preferencias personales posibilitan un alto control sobre las

acciones. En conclusión el modelo nos plantea una naturaleza multidimensional de las personas para generar o modificar las conductas que promueven a la salud. (Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, octubre - diciembre, pág. 19)

El conocimiento es definido por Mario Bunge, como un conjunto de ideas que pueden tener diferentes características los cuales pueden ser exactos y fundamentados, como también, ser vagos e inexactos. Bunge, menciona tres tipos de conocimientos: 1) El conocimiento científico, el cual es un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y puede ser verificable a través de la experiencia; 2) El conocimiento ordinario, que es un conjunto diferente de ideas, los cuales son producto de la observación, la imaginación, experiencia e incluso de la reflexión; y 3) El conocimiento vulgar, el cual es vago e inexacto que se limita a la observación. (M, 1985) Así mismo, un conjunto de creencias, acerca de las relaciones causales entre los fenómenos y las condiciones que las afectan, pueden ser aceptadas como conocimiento, siempre y cuando, sean justificadas y que estén basadas en modelos establecidos, generales y formales. (Adriana Riquelme, 2008, pág. 46)

La medición del conocimiento, de acuerdo con Nonaka (1994), existe una complejidad para poder analizar el conocimiento, ya que debemos saber si lo vamos a considerar como una variable; como un recurso; si va ser estudiada o medida. Por lo cual, señala, además, que antes de medirlo es necesario llegar a un consenso sobre cuál será la unidad de medida y cuál será el proceso y como lo organizaremos. La valoración del conocimiento, es una herramienta que nos permite identificar carencias, y asimismo poder tomar acciones, con la finalidad de incrementar el intelecto. El conocimiento de la madre sobre las vacunas, es a través, de la información que recibe por parte del profesional de enfermería desde la

etapa de puerperio donde al niño se le aplica sus primeras vacunas y se le explica a la madre la importancia de estas, así como los efectos secundarios que se pueden presentar.

. (Takeuchi, 1995)

Según el Inglés John Locke distinguirá, pues, dos tipos de conocimiento: Conocimiento vulgar: Se posee sin haberlo estudiado o buscado, sin haber reflexionado ni aplicado ningún método, el cual se adquiere a partir del contacto directo con las personas y las cosas, en la vida cotidiana; sin embargo el conocimiento científico, es buscada intencionalmente, que delimita los objetos, los medios de indagación y se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando los razonamientos lógicos. (Clasificaciones, 2017)

David Ausubel (1978) propuso el término “aprendizaje significativo” para designar al proceso a través del cual la información nueva se relaciona con un aspecto relevante de la estructura del conocimiento del individuo. Según Ausubel, el aprendizaje significativo requiere de: Materiales de aprendizaje significativo, donde nos menciona que el material debe tener una estructura interna organizada y que los conceptos que se presenten deben tener una secuencia lógica y ordenada; Una disposición favorable por parte del alumno hacia este aprendizaje, nos indica que el aprendizaje no puede darse si la persona no quiere aprender, sin embargo, el deseo de aprender no bastan, ya es necesario la disposición emocional y la actitud, este es un componente que el maestro sólo puede influir a través de la motivación. El uso de estrategias está orientado a estimular acciones intencionadas de “refuerzo” o “retroalimentación”. (Luz Rodriguez Palmero, 2008)

Es importante plantear que una metodología didáctica supone una manera concreta de enseñar, este método supone un camino y una herramienta concreta que utilizamos para transmitir los contenidos, procedimientos y principios al estudiantado y que se cumplan los objetivos de aprendizaje propuestos. (Carmen Hernandez, 2014)

Una de las intervenciones de promoción de la salud se realiza por medio de los programas educativos, que son un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden en diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de novedades y mejoras en el sistema educativo, se caracterizan por su condición de experimentalidad, en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que justifican, su desarrollo pasa por tres fases diferenciadas: implantación, promoción y extensión. Cuando un programa se incorpora nuevo al área lo haría en modo de experimentación, pasando a promoción a medida que se vaya difundiendo e implementando en el mayor número de centros, y a extensión para conseguir su consolidación dentro del sistema educativo. (CARRECHIQUILLA, 2006)

Dentro de las ventajas del programa educativo: eleva el nivel de aprendizaje al incrementarse los conocimientos, disminuye el tiempo de instrucción, se logra la participación activa del participante, así mismo dentro de las desventajas citamos que los programas educativos con altos contenidos corren el riesgo de anular la motivación del participante y se corre el riesgo de que el programa sea mal utilizado y que cometa errores en las respuestas antes de dar las suyas. (MINSA, Los Programa Educativos, Programa de alimentación y nutrición., 2004, pág. 25). Los fines del programa educativo son promover el aprendizaje en el participante y familiar por medio de la orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos, crear en ellos el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de sus necesidades básicas. Los pasos para elaborar un programa educativo son: (MINSA, Los Programa Educativos, Programa de alimentación y nutrición., 2004, pág. 26) 1) Propósito y objetivos Generales:

es la formulación de la interacciones que se desea alcanzar, en el marco de determinado

proyecto socio-político y/o asistencial; en función de las prioridades establecidas. 2) La población destinada: es la etapa de diagnóstico del nivel de receptores, lo cual implica conocer las características y necesidades de los sujetos a quienes va dirigido el programa, así mientras más definido y mejor conocido sea el grupo “receptor“, más efectiva será la comunicación y probablemente la enseñanza. 3) Objetivos específicos: El programa deberá establecer rigurosamente aquello que se desea lograr como producto del proceso de aprendizaje enseñanza. En esta etapa son definidos los comportamientos en el área cognoscitiva, afectiva y psicomotora. 4) Contenido de la Enseñanza: el docente o monitor debe valorar el contenido e intentar identificar las generalizaciones o principios fundamentales, los conceptos e interrelaciones más importantes para la construcción de marcos conceptuales. Se debe hacer uso de una metodología educativa que garantice el cambio de comportamiento en favor de la Salud. 5) Las experiencias del aprendizaje: son las interacciones sujeto-medio. El aprendizaje proviene de la conducta activa, es decir, de que aprende, quien asimila lo que el mismo practica cuando desea hacerlo. Por lo anterior se concluye que el educador, al preparar una sesión educativa, debe conocer las características, intereses y necesidades del grupo receptor, de tal manera que despierte en el sujeto que aprende, la necesidad de una nueva forma de comportamiento que le permita resolver determinados problemas. (MINSA, Los Programa Educativos, Programa de alimentación y nutrición., 2004)

Las oportunidades de aprendizaje deben ser preparadas teniendo presente: (Durand, 2010, págs. 5 - 6) La participación activa del estudiante o grupo receptor; La graduación de las dificultades según la capacidad actual del que aprende; El clima emocional, respetándose las necesidades afectivas básicas de todo ser humano; El valor del trabajo en grupos de discusión; Los recursos necesarios: Para ello, se tendrá en cuenta las actividades de enseñanza- aprendizaje y obviamente el educador realista considerará en su programación

el criterio de factibilidad y el costo beneficio. Es decir, que hay que lograr los mejores resultados al más bajo costo. (Durand, 2010, págs. 7 - 8)

Las actividades educativas cobran especial importancia en el campo de la enfermería comunitaria, ya que este personal tiene oportunidad de relacionarse constantemente con la población, lo cual puede aprovechar para proporcionar enseñanza – aprendizaje, respecto a los propósitos de la educación para la Salud; lograr que le individuo alcance salud por su propio esfuerzo y comportamiento, hacer de la salud su patrimonio de la colectividad. Por ende la educación facilita el aprendizaje que es una herramienta útil para este periodo, pues este es definido como la adquisición de conocimientos, actitudes o habilidades; y a la enseñanza como la ayuda que se brinda a otra persona para que aprenda; resulta evidente que el proceso de enseñanza – aprendizaje es activo y requiere de participación de la persona que enseña y de la que aprende para alcanzar el resultado que desea. Pueden existir factores que influyen en el aprendizaje como la disponibilidad a aprender, el ambiente de aprendizaje y las técnicas de enseñanzas entre las cuales se encuentra exposiciones, enseñanza en grupo y demostración a través de herramientas. (OMS U. , 2010)

En nuestro país las inmunizaciones se implementan en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que se constituye al final de la década del 70, lográndose coberturas promedio o menor al 20%; a partir de la década del 80 se evidencia un aumento significativo y sostenido de las coberturas de protección como resultado de la implementación de estrategias nacionales de fortalecimiento de las actividades regulares del PAI. En los años 90 se amplió la vacunación a las mujeres en edad fértil. La incorporación de nuevas vacunas contra la Fiebre Amarilla en 1995, la Hepatitis B en el

96 en zonas endémicas; Haemophilus Influenza en 1998, en zonas de extrema pobreza y

la Vacuna Combinada en zonas de pobreza y zonas de extrema pobreza desde 1999 cubriendo un 30% a menores de 1 año, para el 2000 se consideró la protección de la mujer en edad fértil empleando el DT Adulto. Para el 2003 ingresó la vacuna contra el Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SPR), en el 2004 se incorporó la vacuna de Sarampión Rubéola (SR) dirigida a la población adolescente para eliminar la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita. En el 2005 se universalizó el uso de la vacuna pentavalente. (DIRECCION GENERAL DE SALUD, 2006)

“Las vacunas al ser administradas, al individuo, inducen una respuesta inmune que previene, respectivamente, una o más enfermedades. Estas, son suspensión de microorganismos vivos, como bacterias y virus, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas” (MINSAL, Norma técnica de inmunización, 2016, pág. 5).

“La Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) fue creada, en el Perú, el 27 de julio del 2004, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones” (MINSAL, MINSAL-INMUNIZACION).

El Esquema Nacional de vacunación, es una representación donde nos indica el tiempo y en que secuencia se deben administrar las vacunas, las cuales han sido aprobadas por el país, como una política nacional de inmunización. Por consiguiente, debe ser insertada en todos los establecimientos de salud. Con el fin de proteger a la población en sus diversas etapas de vida, reconocidas en la Norma técnica (MINSAL, Norma técnica de inmunización, 2016, pág. 5). Por lo anterior, el Ministerio de Salud ha incorporado dentro del carnet de crecimiento y Desarrollo (CRED, el registro de vacunas del niño, a través del cual, se puede determinar el estado vacunal de los niños, quienes constituyen la parte de la

población más vulnerable; son los más susceptibles de enfermar y morir. Esta es una de las formas más efectivas del control y disminución del riesgo es la prevención de algunas enfermedades por medio de las vacunas. (MINSA, Documento de Promoción de la Norma Técnica de Salud 080-MINSA/DGSP V0.1, 2010).

En el Perú, se incluye 15 tipos de antígenos, en la presentación de diversas vacunas; y para que se logre aplicarlas es importante las primeras vacunas; ya que la edad de inicio de la administración de una vacuna depende de la capacidad de respuesta inmunitaria y del riesgo existente a causa de un agente infeccioso, sin embargo, no debemos de dejar de lado las vacunas de refuerzo, ya que, algunas vacunas solo tienen un periodo de protección, luego del cual, se necesita uno o más refuerzos. Éstas no deben de ser consideradas como opcionales, ya que, son muy importantes para que el niño cuente con todas las defensas, según el esquema de vacunación en los niños mayores de un año tenemos: (MINSA, Norma técnica de inmunización , 2016)

A los 15 meses, Fiebre Amarilla, La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". (MINSA, Norma técnica de inmunización , 2016)

A los 18 meses, 1er Refuerzo DPT, esta vacuna triple bacteriana que confiere protección contra los agentes causales de Difteria, Tétano y Pertusis o tos convulsiva, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, sólo como 1ra y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1"; 1er Refuerzo Polio Oral, la vacuna de Antipolio Oral (APO) es una vacuna de virus

vivo atenuado de presentación multidosis, de tipo bivalente 1 y 3 (bOPV) es una vacuna

que contiene la suspensión de los tipos 1 y 3 en vivo poliovirus atenuado (cepa Sabin). Las partículas del virus atenuado en la bOPV se cosechan de los cultivos de las células del riñón de mono. Se administra 3 dosis, a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende de 02 gotas de la vacuna por vía oral; 2do refuerzo SPR, Esta vacuna contiene virus vivos atenuados protege contra la infección por los virus causales del Sarampión, Parotiditis y Rubeola. Se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. Se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis. (MINSA, Norma técnica de inmunización , 2016)

A los 4 años, 2do refuerzo de DPT y 2do refuerzo de Polio Oral, vacunas ya mencionadas anteriormente. (DIRECCION GENERAL DE SALUD, 2006, pág. 18)

En el mes de marzo del año 2016 se efectuó el lanzamiento de la Campaña Nacional para impulsar la cobertura de vacunación en niñas y niños mediante el “Compromiso Interinstitucional para la Protección de la Niñez” suscrito por el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo, Asociación Voces Ciudadanas, Asociación de Municipalidades del Perú, Colegio Médico del Perú, Municipios Escolares y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. En el compromiso se reconoce la importancia y el valor de las vacunas para la protección y la supervivencia de la niñez y la necesidad de avanzar hacia el cierre de brechas en las coberturas de vacunación, mediante la articulación interinstitucional y la unión de esfuerzos entre Estado y sociedad civil. Esto fue un hito importante para avanzar hacia el reconocimiento de los esfuerzos de los diversos actores

se publicaron los resultados del INEI- ENDES PPR 2016. Al respecto, se observa una continuación de la recuperación observada en el año 2015 de la cobertura de vacunación en los menores de 3 años. No obstante, a pesar de los avances observados, aún no alcanzamos al menos el 90% de vacunación para asegurar la protección de la población. Asimismo, todavía existe inequidad en el acceso a la vacunación a pesar de ser un componente esencial del derecho a la salud, siendo la selva donde se observan las más bajas coberturas de vacunación seguida de la costa (Callao, La Libertad y Lima Metropolitana). (Salud, 2017)

PROBLEMA

La vacunación en las diferentes regiones con más altas coberturas son Ancash, Apurímac, Huancavelica y Huánuco (tres de ellas con apoyo presupuestal específico). Las de más bajas coberturas son las regiones de la selva (con alta dispersión poblacional), pero también llaman la atención Ica, La Libertad y Lima Metropolitana (donde se suponen mejores condiciones de operación). Por otro lado, cinco regiones suben coberturas en el año 2014 (contrariamente a la tendencia general): Apurímac, Ayacucho, Junín, Lambayeque y Pasco, todas con niveles más altos que el promedio nacional. (Salud, 2017, pág. 4)

En la Región Lima, el 2016, solo el 72% de niños y niñas con sus vacunas básicas completas en la provincia de Lima, el incremento respecto al 2015 es mínimo (71.2%); en el 2014 fue del 59%. Para dar vacunas a estos niños, el Estado se ha ido organizando y la GERESA tiene más establecimientos de salud, desde las postas hasta los centros médicos. En cada uno de estos establecimientos tiene que haber la posibilidad de la vacunación. (Salud, 2017, pág. 11)

El Puesto de Salud Metropolitana es uno de los nueve establecimientos de salud que cuenta el distrito de Santa Anita; el cual ha evolucionado en el tiempo en las décadas cuya población ha ido creciendo. El distrito de Santa Anita cuenta con 184,422 habitantes, teniendo una densidad poblacional de 17,269.8 hab./km². (Fuente censo realizado en el año 2007 por el INEI). - En el presente año el distrito de Santa Anita contara con 228 422 habitantes, alcanzando una densidad poblacional de 21,367hab./Km² .(Fuente: Boletín Especial N°18 Estimación 2015 – INEI) (CONDISEC, 2017).

El Puesto de salud “Metropolitana”, acuden a control al área de inmunización 30 madres de niños mayores de un año, aproximadamente, por semana en las cuales, se observé inseguridad y vergüenza ante el desconocimiento, sobre que vacunas y dosis, necesita su niño y sus cuidados antes y después de su aplicación. Durante mis prácticas clínicas en el área de inmunización, realice una Sesión Educativa sobre la vacunas contra la SPR y Poliomielitis. Al finalizar, observé la participación de las madres con manifestaciones como “Las primeras vacunas más importantes” e interrogantes como ¿Las vacunas de las clínicas particulares son mejores que las del centro de salud? ¿Si un niño se alimenta bien no necesita de vacunas? ¿Por poner vacunas les pagan, por eso nos buscan hasta nuestras casas para vacunarnos?

Frente a todo este contexto, los niños vienen atravesando diferentes problemas en todo el Perú frente a las enfermedades inmunoprevenibles. Como futura profesional de la salud, enfermera, realizaré el presente estudio, el cual nos permitirá incrementar las coberturas de inmunización en los mayores de 1 año del Puesto de Salud Metropolitana. Por consiguiente, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, contribuyendo con uno de los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio reconocido por la ONU. Recordemos

promueven, que la comunidad participe, para cumplir, el esquema nacional de vacunación en Perú. De igual manera, se debe buscar reconocer las principales causas que impiden la vacunación, tales como los mitos, creencias y la falta de información de las madres, las cuales no comprenden, en su totalidad la importancia de vacunar a los niños y cumplir con los refuerzos establecido por el MINSA.

Por lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la eficacia de un programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune, en conocimientos, para el cumplimiento del calendario de vacunación, en niños mayores de 1 año?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia de un programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune, en el nivel de conocimientos, para el cumplimiento del calendario de vacunación, en niños mayores de 1 año, del Puesto de Salud Metropolitana – Santa Anita, 2017

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de conocimientos, de las madres, sobre las vacunas, en niños mayores de 1 año, antes de la aplicación del programa educativo.
- Identificar el nivel de conocimientos, de las madres, sobre las vacunas en niños mayores de 1 año, después de la aplicación del programa educativo.
- Determinar el cumplimiento del calendario de vacunación, en madres participantes del programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacuné.

HIPOTESIS DE ESTUDIO:

- H₁: Existe EFICACIA significativa del programa educativo “Niños sanos tendré, porqué los vacuné” en el nivel de conocimientos sobre vacunas, en madres de niños

- H₀: No Existe EFICACIA significativa del programa educativo “Niños sanos tendré, porqué los vacuné” en el nivel de conocimientos sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año. Puesto de Salud Metropolitana. 2017

MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO

Investigación de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, cuasiexperimental, con preprueba y postprueba.

G1 → O1 → O3 → X → O2 → O4

DONDE:

G1 = Conformado por madres de niños mayores de un año que recibieron el programa educativo.

X = Aplicación del programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune,

O1 = Medición del conocimiento, a las madres de niños mayores de un año, antes de aplicar el programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune.

O2 = Medición del conocimiento, a las madres de niños mayores de un año, después de aplicar el programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune,

O3 = Medición del cumplimiento, del calendario vacunal, a las madres de niños mayores de un año, que antes de recibir el programa educativo.

O3 = Medición del cumplimiento, del calendario vacunal, a las madres de niños mayores de un año, que despues de recibir el programa educativo.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

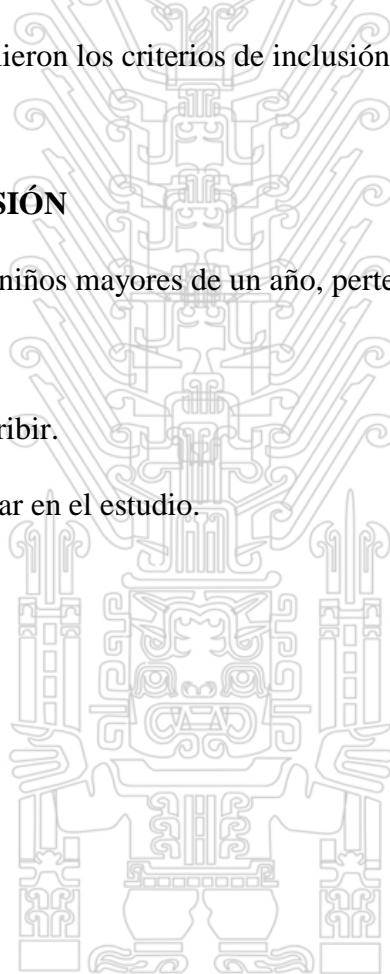
Conformado por 106 madres de niños mayores de un año de edad, que pertenecen al Puesto de Salud Metropolitana.

MUESTRA

Fue seleccionado mediante el muestreo probabilístico de proporciones para la población finita con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.05, obteniendo, de esta manera, una muestra de 46 madres, el cual fue seleccionado por conveniencia (intencional), quienes cumplieron los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que sean madres de niños mayores de un año, pertenecientes al Puesto de Salud Metropolitana.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio.



DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Nivel de conocimiento sobre vacunas

Conjunto de ideas que pueden tener diferentes características los cuales pueden ser exactos y fundamentados, como también, ser vagos e inexactos. (*M, 1985*)

Se operacionalizó en:

- **Nivel de conocimiento alto:** Cuando el puntaje se de 15 a 20 puntos.
- **Nivel de conocimiento medio:** Cuando el puntaje se de 8 a 14 puntos.
- **Nivel de conocimiento bajo:** Cuando el puntaje se de 0 a 7 puntos.

Variable independiente

Programa educativo

Son un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden en diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de novedades y mejoras en el sistema educativo, se caracterizan por su condición de experimentalidad, en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que justifican, su desarrollo pasa por tres fases diferenciadas: implantación, promoción y extensión. (*CARRECHIQUILLA, 2006*)

Se operacionalizó en:

- **Efectivo:** Si se incrementa significativamente el nivel de conocimiento, de las madres de niños mayores de un año de edad del P.S.M..
- **Inefectivo:** Si se mantiene o no se incrementa significativamente el nivel de conocimiento, de las madres de niños mayores de un año de edad del P.S.M.

TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue el una encuesta y el instrumento, un cuestionario que consta de presentación, datos generales, y los ítems; teniendo en cuenta los siguientes:

Cuestionario de conocimientos sobre vacunas, cuidados, las vacunas según edad, Mitos. El cual fue sometido a juicio de expertos (08), para su validez, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. Posteriormente se llevó a cabo la prueba piloto con 20 madres, para obtener la confiabilidad, mediante Alfa de Cronbach.

PROCEDIMIENTOS

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizaron coordinaciones con las autoridades del Puesto de Salud Metropolitana, con la finalidad de solicitar la autorización para la realización de la presente investigación.

Luego se coordinó con la Enfermera encargada del programa de Inmunizaciones del P. S. M., con la finalidad de obtener la relación de los niños atendidos.

Posteriormente se realizó la selección de la muestra, según los criterios de inclusión, obteniéndose una muestra de 46 madres con niños mayores de un año.

Definida la muestra, se realizó la primera visita domiciliaria para la identificación de las madres, e invitarlas a participar del Programa

El programa educativo, hijos sanos tendré porque los vacune, se ejecutó en la sala de espera. En la apertura e inauguración del programa se les aplico el cuestionario, pre test, Se desarrollaron 3 sesiones educativas, una por semana, el tiempo de cada sesión fue de 60 minutos, y se utilizó metodología participativa en cada sesión programada. Al finalizar cada sesión se otorgó a las madres un material impreso con un resumen de la información brindada motivándolas para su asistencia a las siguientes sesiones.

Se aplicó el cuestionario, post test; después de dos meses que finalizó el programa educativo.

Luego de 5 meses de aplicar el cuestionario, se procede al cotejo con la lista respectiva, para determinar el cumplimiento del calendario de vacunación

PROCESAMIENTO DE DATOS

Posterior a la recolección de datos, sobre el nivel de conocimiento, éstos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (The Package Statistical For The Social Sciences) versión 21.0, previa elaboración de Tabla de Códigos y la Tabla Matriz de Datos.

Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para comprobar la hipótesis, de la variable, si es efectivo o no es efectivo, se utilizará la prueba T de Student.

RESULTADO

Posterior a la recolección de datos, éstos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para realizar el análisis e interpretación de los datos considerando el marco teórico.

Así tenemos que:

Sobre los datos generales del 100% (46) madres, 53.9% (11) tienen entre 14 a 20 años, 47.8% (22) entre 20 a 35 años, 28.3% (13) más de 35 años; 54.3% (25) son convivientes, 26.1% (12) son casadas y 19.6% (9) madres solteras; 58.7% (27) tienen secundaria, 17.4% (8) primaria y 23.9% (11) superior; 28.3% (13) son ama de casa, 37% (17) trabajo inestable, 19.6% (9) trabajo estable, 15.2% (7) estudiantes; 23.9% (11) tienen un hijo, 37% (17) dos hijos y 39.1% (18) más de 3 hijos; 19.6% (9) de Provincia de la Costa, 28.3% (13) de Provincia Sierra, 52.2% (24)

5 años tienen de 20 a 35 años, es decir son adultos jóvenes y maduros; son entre convivientes y casados, tienen educación secundaria y primaria, son amas de casa, estudiantes y con trabajos inestables, tienen de 1 a 2 hijos, y la edad es de 13 meses a 4 años, mientras que un mayor porcentaje proceden de alguna provincia de la sierra y selva.

Tabla 1

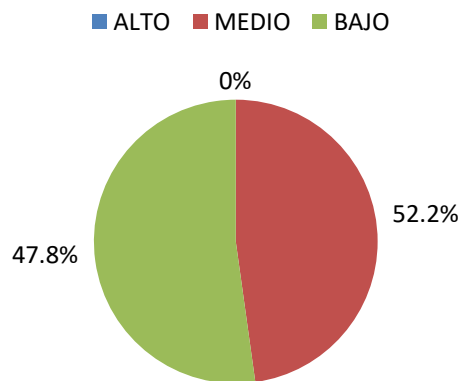
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO “NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉLS VACUNÉ”. PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ"	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	-	-
MEDIO	22	47.8
BAJO	24	52.2
TOTAL	46	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" - 2017

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
PRE TEST	46	3	14	7.57	2.896
N válido (por lista)	46				

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ"



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" - 2017

FIGURA N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉLS VACUNÉ". PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

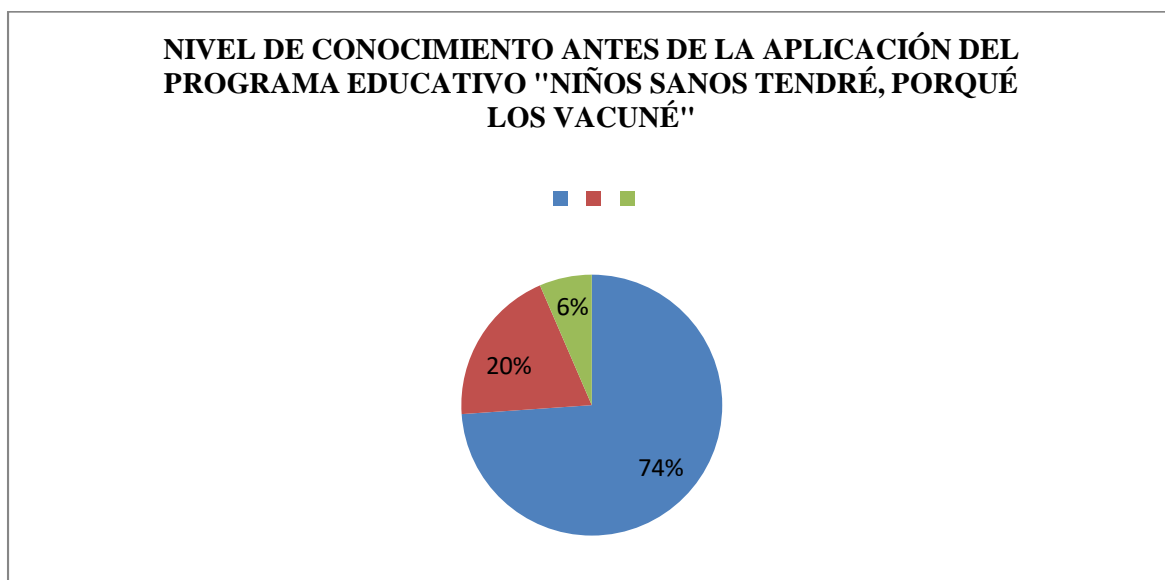
Tabla 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉLS VACUNÉ". PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ"	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	34	73.9%
MEDIO	9	19.6%
BAJO	3	6.5%
TOTAL	46	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" 2017

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
POST TEST	46	6	18	14.87	2.833
N válido (por lista)	46				



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" - 2017

FIGURA N° 2: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ". PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

Tabla 3

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ" EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO. PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

**NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE VACUNAS DE NIÑOS
MAYORES DE UN AÑO**

**PROGRAMA EDUCATIVO "NIÑOS SANOS
TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ"**

PRE TEST

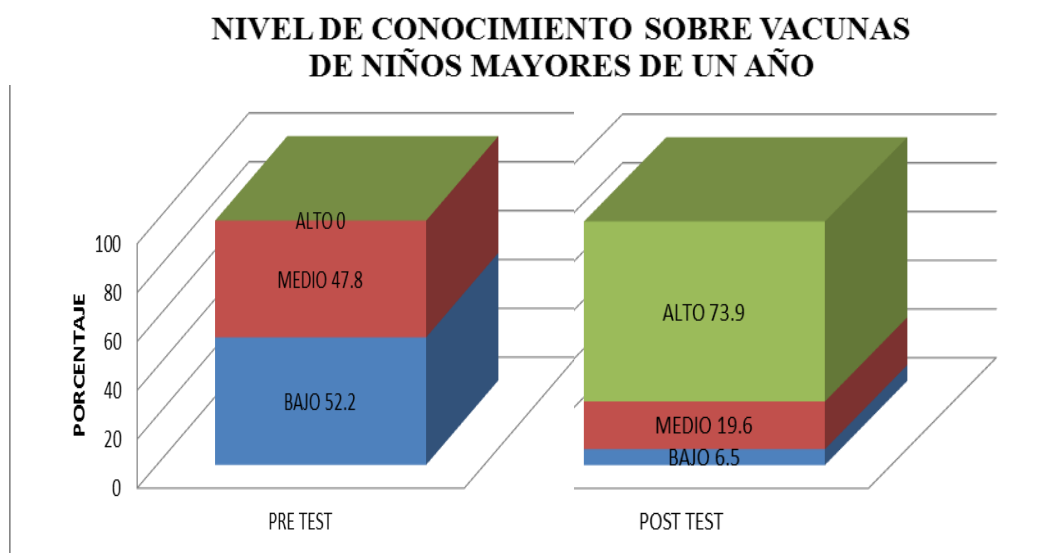
POST TEST

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

	Antes de aplicar el programa		Después de aplicar el programa	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ALTO	-	-	34	73.9
MEDIO	22	47.8	9	19.6
BAJO	24	52.2	3	6.5
TOTAL	46	100	46	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" - 2017



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños mayores de un año del P. S. "Metropolitana" - 2017

FIGURA N° 3: EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “NIÑOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO. PUESTO DE SALUD METROPOLITANA. 2017

Tabla 4

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN ANTES Y DESPUES DEL PROGRMA EDUCATIVO “HIJO SANO TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”, EN NIÑOS MAYORES DE UN AÑO, DEL PUESTO DE SALUD METROPOLITANA, 2017

		PRE TEST: CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN		Total	POST TEST: CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN		Total
		COMPLETO	INCOMPLETO		COMPLETO	INCOMPLETO	
Madre	Participa del Programa	23.9 %	76.1 %	46 100%	87%	13 %	46 100%

DISCUSIÓN

En la tabla N° 01, se presenta el nivel de conocimiento sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año, del Puesto de Salud Metropolitana, antes de la aplicación del programa educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ”. 2017, se observa que la mayoría de madres presentan nivel de conocimiento bajo (52.2%), con menor proporción nivel de conocimiento medio (47.8%). El promedio de puntaje obtenido del cuestionario de conocimiento sobre vacunas fue de 7.56 pts., el puntaje mínimo obtenido fue 3 y el máximo puntaje fue de 15pts. De lo anterior, se interpreta, que las madres de niños mayores de un año, tienen un conocimiento, no precisamente adecuado, sobre las vacunas, sin importar, cual haya sido el medio para la obtención de este conocimiento

Según Mario Bunge, el conocimiento como un conjunto de ideas que pueden tener diferentes características los cuales pueden ser exactos y fundamentados, como también, ser vagos e inexactos. Bunge, menciona tres tipos de conocimientos: El que puede ser verificable a través de la experiencia; Los que son producto de la observación, la imaginación, experiencia e incluso de la reflexión; y los que se limita a la observación. (M, 1985). Por todo lo anterior, cabe mencionar que los conocimientos, NO necesariamente adecuados sobre vacunas, muchas veces, son los resultados de la exposición a fuentes de información inadecuados o erróneos, incrementando así, el riesgo a adoptar mitos sobre las vacunas y con ello un incumplimiento

del esquema de vacunación que trae como consecuencia niños con enfermedades.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. En su modelo nos pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, octubre - diciembre, pág. 17)

Es por ello que los conocimientos sobre vacunas en niños mayores de un año, se adquiere importancia, para evitar incumplimientos del esquema de vacunación y aparición de enfermedades mediante la poca validez que le dan a los refuerzos. Estas enfermedades pueden repercutir directamente la vida de su niño. Otros aspectos importantes son las oportunidades perdidas, específicamente en la madre, generándose gastos económicos, pérdida de integración y participación social. En realidad, se concluye, que cuanto más informados se encuentren, más responsables llegarán a ser. Por otro lado la información que adquieren sobre vacunas, en niños menores de un año es representada específicamente por tres fuentes: los padres, personal de salud y amigos. En relación al personal de salud, son fuente adecuada de información pero en la mayoría de los casos evaden esta responsabilidad no hablando con las madres y cuando solicitan información, emiten una serie de conceptos errados incompletos, superfluos y atemorizantes ya sea de los completos desconocimientos o con el claro objetivo de ocultar información. Los amigos también cumpliendo el rol de transmisor de información, generalmente errónea ya que carecen de experiencia suficiente y desconocen en gran medida el tema. Por lo tanto es importante concientizar y brindar información educativa a las madres sobre la importancia del cumplimiento del esquema de vacunación en sus hijos mayores de un

año. Lo cual se logra con el Programa Educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”.

En la tabla N° 02, se presenta el nivel de conocimiento sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año, del Puesto de Salud Metropolitana, después de la aplicación del programa educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUÉ LOS VACUNÉ”. 2017, se observa que la mayoría de madres lograron presentar un nivel alto (73.9%) de conocimiento; con menor proporción nivel de conocimiento medio y bajo (19.6% y 6.5%, respectivamente). El promedio de puntaje obtenido del cuestionario de conocimiento sobre vacunas fue de 14. 87 pts., el puntaje mínimo obtenido fue 7 y el máximo puntaje fue de 18 pts. De lo anterior, se interpreta, que las madres de niños mayores de un año, tienen un conocimiento, precisamente adecuado, sobre las vacunas, yaqué, el medio para la obtención de este conocimiento fue el Programa Educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”.

Durante el desarrollo del Programa Educativo, se observó que las madres adquieren mejor los conocimientos mediante sesiones educativas, cabe recalcar que los fines del programa educativo son promover el aprendizaje en el participante y familiar por medio de la orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos, crear en ellos el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de sus necesidades básicas. (MINSA, Los Programa Educativos, Programa de alimentación y nutrición., 2004, pág. 26)

Luego de la aplicación del Programa Educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ” se logró un aumento significativo en los conocimientos, sobre vacunas, de las madres, hacia el 87% de cumplimiento del esquema de vacunación.

A todo lo expuesto se evidencia la EFICACIA del Programa educativa “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”. Las madres en su mayoría tenía un nivel bajo sobre vacunas; y luego de la aplicación de la misma se evidencia que la mayoría de madres conocen sobre las vacunas de los niños mayores de un año, la importancia de los refuerzos y erradicaron los mitos sobre vacunas.

Lo obtenido son similares a los hallazgos de Izquierdo Orosco R (2014) que concluyó que el alto porcentaje de madres que conocen menos sobre las inmunizaciones no cumplen con el esquema de vacunas. (R, 2014). Igualmente Salinas B (2012), realizó la investigación sobre las actitudes de las madres, en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años, donde concluyó que las madres refieren, tener conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos; así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de éstas sobre nuevas inmunizaciones. Las madres presentan retraso en el cumplimiento de las vacunas de sus niños. Es necesario reforzar los procesos de educación y promoción de las vacunas, así como también crear más centros de vacunación. (Salinas, 2012)

Con los resultados encontrados después de aplicar el programa educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ” en el nivel de conocimiento sobre vacunas en madres de niños mayores de un año del P.S. “Metropolitana” se demuestra su EFICACIA significativa dentro del objetivo trazado, conocer la EFICACIA del programa “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ” en el nivel de conocimiento sobre vacunas en madres de niños mayores de un año del P.S. “Metropolitana” con la asistencia de las madres a las sesiones educativas con interés y proactividad.

La eficacia del programa educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ”, se demostró a través de la prueba de t de Student, obteniendo t calc 13.5, con un nivel de

EFICACIA del programa educativo sobre preparación de loncheras saludables en el incremento del conocimiento de las madres de niños preescolares.

CONCLUSIONES

Se visualizó los resultados que obtuvieron los participantes en el pre – test, es decir, antes de la aplicación del Programa Educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ” en el cual las madres presentaron conocimiento bajo, sobre las vacunas en niños mayores de un año, estas fueron es su totalidad desfavorables para el cumplimiento del esquema de vacunación.

Después de la aplicación del programa educativo, se evidenció un aumento en el nivel de conocimiento de las madres, incrementaron sus conocimientos a altos a un 73% y erradicaron los conocimientos desfavorables, hacia el cumplimiento del esquema de vacunación.

Que el aumento en el porcentaje del nivel de conocimiento en madres, sobre las vacunas, involucró de manera directamente, .al cumplimiento del esquema de vacunación.

La aplicación del programa educativo incrementa significativamente el nivel de conocimientos y erradica los conocimientos desfavorables hacia el cumplimiento del esquema de vacunación en sus menores hijos.

El Programa Educativo “HIJOS SANOS TENDRÉ, PORQUE LOS VACUNÉ” para, mejorar el cumplimiento del esquema de vacunación, en niños mayores de un año, dando validez total a las vacunes de refuerzo, ES EFECTIVO según los resultados obtenidos.

RECOMENDACIONES

- Implementar programas educativos sobre la importancia de las vacunas y el cumplimiento de estas en los Establecimientos de Salud, dirigidos a las madres de familia, utilizando metodología de enseñanza participativa y demostrativa.
- Que el Ministerio de Salud como prioridad, provean materiales didáctico (guías, materiales y videos, etc), a los establecimientos de salud, donde se oriente a las madres la importancia del cumplimiento oportuno del calendario de vacunación, así garantizar una óptima protección a los niños.
- Que en los establecimientos de Salud, motiven a los profesionales de enfermería y a los profesionales en formación, a que realicen más actividades dirigidas a mejorar el cumplimiento del calendario de vacunación a fin de disminuir la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en niños, dando importancia a las vacunas de refuerzo.
- Realizar estudios cualitativos sobre experiencias del cuidado de madres de niños con enfermedades inmunoprevenibles valorando el aspecto socioemocional y cultural

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS

(s.f.).

Acheson, S. D. (1988). La salud pública en Inglaterra: el informe del Comité de investigación sobre el desarrollo futuro de la función de salud pública. *Committee of Inquiry into the Future Development of the PublicHealth*.

Adriana Riquelme, A. C. (2008). Gestión del Conocimiento y Aprendizaje Organizacional: Modelo Adaptado para la Administración Pública Chilena. *CEUR Workshop Proceedings*, 61, <http://ceur-ws.org/Vol-488/paper3.pdf>.

C, Q. M. (2013). “*Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del Barrio Zalapa*”. Quezada Morocho C (2013) realizó la investigación sobre el conocimiento de las madres, sobre la imEcuador: Universidad Nacional De Loja.

Carmen Hernandez, J. (14 de junio de 2014). *El Grupo de Trabajo e Investigación de Superdotación (GTISD)*. Recuperado el 23 de marzo de 2017, de <http://gtisd.webs.ull.es/metodologias.pdf>.

CARRECHIQUILLA, C. D. (2006). *Área de Programas Educativos de Palencia*. Recuperado el 24 de marzo de 2017, de <http://www.apepalen.cyl.com/descripcion.htm>

Clasificaciones, E. d. (2017). Tipos de conocimiento. *Tiposde*, <http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/>.

CONDISEC. (2017). *PLAN DISTRITAL DE SEGURIDAD CIUDADANA Y CONVIVENCIA SOCIAL*. LIMA-SANTA ANITA: CONDISEC, <http://www.munisantanita.gob.pe/codisec/pdf/planact.pdf>.

DIRECCION GENERAL DE SALUD, M. (2006). *Norma tecnica de Inmunización*. LIMA: MINSA.

- Durand, J. (2010). *El aprendizaje significativo-estilos de aprendizaje*. LIMA: UNMSM.EAPE.
- Estudiantil, D. d. (2002). *Universidad de Chile*. Recuperado el 23 de enero de 2017, de SALUD COMUNITARIA Y VIDA SALUDABLE:
<http://www.uchile.cl/portal/presentacion/vicerrectoria-de-asuntos-estudiantiles-y-comunitarios/direccion-de-salud-estudiantil/salud-comunitaria-y-vida-saludable/140262/presentacion>
- G, P. (2004). *Enfermedades Infecciosas, Tema de Inmunizaciones. Módulo 9*. Cuba: Ed.Unirionegro-Rionegro.
- Gil, P. (2016). *Medicina preventiva y salud publica*. España: Elsevier.
- Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, L. D. (octubre - diciembre). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, 23,
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
- Luz Rodriguez Palmero, M. A. (2008). *La teoria del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva*. Barcelona: Octaedro, S.L.
- M, B. (1985). *La investigación Científica*. Barcelona: El Trebol.
- Martinez Navarro. (1998). *Salud Publica*. Madrid: McGraw-HillInteramericana.
- MINSA. (2004). *Los Programa Educativos, Programa de alimentación y nutrición*. LIMA: Ed. Bracamonte.
- MINSA. (2010). Documento de Promoción de la Norma Técnica de Salud 080-MINSA/DGSP V0.1. En E. S. INMUNIZACION. LIMA: MINISTERIO DE SALUD.
- MINSA. (2016). *Norma tecnica de inmunización*. LIMA: MINSA.
- MINSA. (s.f.). *MINSA- INMUNIZACION*. Recuperado el 23 de MARZO de 2017, de
<http://www.minsa.gob.pe/?op=2&box=2>

MINSALUD. (24 de JUNIO de 2010). *MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN*.

Recuperado el 15 de JUNIO de 2017, de

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadedeInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadedeInmunizaciones(PAI).aspx)

Morquecho, K. N. (2014). "*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunas en las madres de las comunidades de Sigsihuayco y Ángel María Iglesias Del Cantón Cañar*". Ecuador: Universidad de Cuenca.

OMS. (2013). PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE VACUNAS 2011 - 2020. En OMS. OMS.

OMS. (23 de Junio de 2014). Recuperado el 25 de mayo de 2017, de

http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1340:la-vacunacion-un-derecho-y-una-obligacion-&Itemid=285

OMS. (enero de 2018). Recuperado el 23 de enero de 2018, de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>

OMS, U. (2010). *Vacunas e inmunización: situación mundial* . GINEBRA: OMS, TERCERA EDICIÓN .

OPS. (s.f.). *MINSA, Honduras*. Recuperado el 15 de junio de 2017, de boletín de

inmunización: <http://www.bvs.hn/Honduras/PAI/Boletines/esp/InmunizacionesA.html>

OPS, O. (1994). *Carta de Ottawa*.

Paternina, E. A. (1999). CONOCIMIENTO Y EDUCACIÓN EN JOHN LOCK.

HORIZONTES PEDAGÓGICOS, 18.

R, I. O. (2014). "*Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal*". Peru: Universidad Ricardo Palma.

Salinas, B. (2012). *“Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años”*. Venezuela: Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud.

SALUD, D. G. (2006). *Modelo de Abordaje de promoción de salud en el Peru*. Lima: OMS.

Salud, E. d. (2017). *“Inmunizaciones en Niñas y Niños menores de 5 años”*. LIMA: MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA.

Takeuchi, N. (1995). *“The Knowledge creating company”*. New York : Oxford University Press.

	imaginación; y el conocimiento vulgar como un conocimiento vago e inexacto limitado a la observación.	vacunas (4 items)	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es peligroso que reciban varias vacunas a la vez? • ¿Las vacunas de las clínicas son mejores que las vacunas del estado? • ¿Es necesario vacunar a mi niña o niño contra enfermedades ya eliminadas? • ¿Las vacunas de refuerzo son opcionales? 		
--	---	---------------------------	---	--	--

ANEXO B: CUESTIONARIO



Eficacia de un programa educativo, “hijos sanos
tendré porque los vacuné”, en el nivel
conocimientos, para cumplimiento del calendario
de vacunación en niños mayores de un año -
2017

I. PRESENTACIÓN, Saludos Señora Madre de Familia el objetivo de este cuestionario es conocer la eficacia de un programa educativo, “Hijos sanos tendré porque los vacuné”, en conocimientos, para el cumplimiento del calendario de vacunación en niños mayores de un año.

La información obtenida nos será útil para medir el grado de eficacia de un programa educativo.

Este instrumento será confidencial por lo que se le pide que sea lo más veraz

GENERALIDADES SOBRE VACUNAS

1. ¿Qué es una vacuna, para usted?:
 - a) Es un Medicamentos que se dan de tomar al niño enfermo.
 - b) Vitaminas que se dan al niño.
 - c) Producto obtenido de virus y bacterias debilitados que protegen al niño.

2. Las vacunas son importantes porqué:
 - a) Hace crecer a los niños.
 - b) Previene ciertas enfermedades.
 - c) Ayuda al crecimiento de los huesos.

3. El temor a la aplicación de las vacunas se debe:
 - a) A las molestias de los pinchazos
 - b) A la fiebre
 - c) Desconocimiento sobre su EFICACIA

4. ¿Cuándo no debe de vacunar a su niño?
 - a) Cuando llora mucho
 - b) Cuando está tranquilo
 - c) Cuando tiene fiebre, más de 38 grados

5. Completar todas las dosis de las vacunas, para prevenir a su niño de enfermedades, son:
 - a) Opcionales
 - b) Innecesarios

- c) Necesarios
6. ¿Cuándo considera que su hijo está protegido?
- a) Cuando se le aplica la primera dosis que debe recibir
 - b) Cuando se le aplica todas las dosis que debe recibir
 - c) Cuando está en proceso de recibir alguna de las dosis
7. La aplicación de vacunas a los niños menores de 5 años son:
- a) Indispensable, para protegerlos de enfermedades
 - b) Voluntaria, para protegerlos de enfermedades
 - c) Innecesarios, para protegerlos de enfermedades
8. La prevención de enfermedades en menores de 5 años, se debe a:
- a) El cumplimiento responsable del calendario de vacunación de su niño.
 - b) Las campañas de Salud.
 - c) La economía que tiene la familia.

TIPOS DE VACUNAS Y ENFERMEDADES QUE PREVIENEN

9. La vacuna contra la Fiebre amarilla se aplica en la edad de:
- a) A los 12 meses
 - b) A los 15 meses.
 - c) A los 18 meses.
10. La vacuna que protege contra la Poliomielitis es:
- a) APO
 - b) Pentavalente
 - c) La DPT
11. ¿Contra qué enfermedad protege la vacuna SPR en el niño?
- a) Neumonías y asma
 - b) Resfriados
 - c) Papera, Sarampión y Rubéola
12. La vacuna DPT, los protege de(del):
- a) Sarampión, Papera y Rubeola
 - b) Tuberculosis
 - c) Tetano, tos convulsiva y difteria
13. Las vacunas de los 18 meses son:
- a) El 1er refuerzo de la DPT, 2do refuerzo de SPR y 1er refuerzo polio oral.
 - b) La de neumococo, pentavalente y rotavirus
 - c) El 2do refuerzo de DPT y 2do refuerzo de polio oral

- 14.** Las vacunas de los 4 años son:
- a) El 1er. Refuerzo de la DPT y APO
 - b) 2do. Refuerzo de la DPT y 2do. Refuerzo Polio Oral,
 - c) SPR y 1er. Refuerzo Polio oral

CUIDADOS Y EFECTOS DE LA VACUNA

- 15.** Cuáles son las reacciones más comunes, después de la aplicación?
- a) Fiebre y enrojecimiento, dolor en la zona
 - b) Llanto y fiebre persistente
 - c) Disminución del peso
- 16.** Qué hacer en caso de hinchazón o enrojecimiento en la zona de aplicación.
- a) Dar masajes en la zona donde se le aplicó la vacuna
 - b) No manipular la zona, y colocar rodajas de papa
 - c) Colocar apósitos, para evitar infecciones

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS VACUNAS

- 17.** ¿Las vacunas que brinda el estado son:
- a) de menor EFICACIA, que las vacunas de las clínicas
 - b) de menor calidad, que las vacunas de las clínicas
 - c) de mejor calidad y son las mismas que se administran en las clínicas
- 18.** Si no vacune a mi niño, en la fecha indicada:
- a) Ya no podrá recibir ninguna vacuna
 - b) Ya no es necesario vacunarlo
 - c) Llevarlo al Centro de Salud, para que pueda ser vacunado.
- 19.** Poner muchas vacunas a los niños es:
- a) Peligroso
 - b) Normal
 - c) Obligatorio
- 20.** Las vacunas de refuerzo son:
- a) Opcionales
 - b) Innecesarios
 - c) Necesarios

ANEXO C: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.822	20

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

ANEXO D: TABLA DE CODIGOS

ITEM	A	B	C	TOTAL
1	0	0	1	1
2	0	1	0	1
3	0	0	1	1
4	0	0	1	1
5	1	0	0	1
6	1	0	0	1
7	0	0	1	1
8	0	0	1	1
9	1	0	0	1
10	0	1	0	1
11	1	0	0	1
12	0	1	0	1
13	0	0	1	1
14	0	0	1	1
15	0	1	0	1
16	0	0	1	1
17	0	0	1	1
18	0	1	0	1
19	1	0	0	1
20	1	0	0	1

ANEXO E: CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

a) FORMULA PARA TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$nc = \frac{N * p * q * Z^2}{E^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

DONDE:

- **n** = Tamaño de la Muestra
- **N** = Tamaño de la Población (106 madres de familia)
- **Z** = 95% de Confianza = 1.96
- **p** = Proporción de casos de la población que tienen las características que se desea estudiar: 50%=0.5
- **q** = 1-p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés: 50%=0.5
- **Σ** = Margen de error relativo del 5%=0.05

REEMPLAZANDO:

$$nc = \frac{106 * 0.5 * 0.5 * (1.96)^2}{(0.05)^2(106 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$nc = \frac{106 * 0.25 * 3,84}{0.0025(105) + 3,84 * 0,25}$$

$$nc = 83.247$$

b) MUESTREO FINAL

$$nf = \frac{nc}{1 + \frac{nc}{N}}$$

DONDE:

- **nf** = Corrección por tamaño de la muestra
- **N** = Tamaño de la Población (143 madres de familia)

REEMPLAZANDO:

$$nf = \frac{83.24}{1 + \frac{83.24}{106}}$$

$$nf = 46.6277653 = 46$$

ANEXO F: TABLA DE MATRIZ

TABLA DE MATRIZ DEL PRE TEST

N°	CUESTIONARIO PRE TEST																				TOTAL
	GENERALIDADES SOBRE VACUNA								VACUNAS						CUIDADOS		MITOS				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12
2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	8
3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	7
4	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	8
5	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	10
6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	6
7	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	9
8	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	8
9	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
10	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	13
11	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	10
12	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	8
13	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
14	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	10
15	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	7
16	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
17	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
18	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	5
19	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4

20	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
21	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6
22	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6
23	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	11
24	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	5
25	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
26	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5
27	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
28	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	12
29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
30	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	9
31	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	8
32	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	9
33	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	11
34	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	7
35	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
36	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	9
37	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
38	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	14
39	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	11
40	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	9
41	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
42	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	11
43	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8
44	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
45	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	6
46	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9

TABLA DE MATRIZ DEL POST TEST

N°	CUESTIONARIO POST TEST																				TOTAL
	GENERALIDADES SOBRE VACUNA								VACUNAS						CUIDADOS		MITOS				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	15
3	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16
5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	15
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	17
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	16
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
12	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
13	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	13
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	17
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	15
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	16
18	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
19	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	16
20	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	13

21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	18
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17
24	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15
25	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	16
26	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	14
27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17
29	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	12
30	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	14
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	10
32	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	15
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	17
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15
36	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
37	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	16
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	15
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	17
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	15
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	15
42	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
43	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
44	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	16
45	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
46	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	7

	POST TEST	PRE TEST	di	di-pd	(di-pd)2
	17	12	5	-2.3	5.29
	15	8	7	-0.3	0.09
	13	7	6	-1.3	1.69
	16	8	8	0.7	0.49
	17	10	7	-0.3	0.09
	15	6	9	1.7	2.89
	17	9	8	0.7	0.49
	16	8	8	0.7	0.49
	16	5	11	3.7	13.69
	16	13	3	-4.3	18.49
	17	10	7	-0.3	0.09
	17	8	9	1.7	2.89
	13	3	10	2.7	7.29
	17	10	7	-0.3	0.09
	16	7	9	1.7	2.89
	15	4	11	3.7	13.69
	16	5	11	3.7	13.69
	17	5	12	4.7	22.09
	16	4	12	4.7	22.09
	13	4	9	1.7	2.89
	18	6	12	4.7	22.09
	18	6	12	4.7	22.09
	17	11	6	-1.3	1.69
	15	5	10	2.7	7.29
	16	4	12	4.7	22.09
	14	5	9	1.7	2.89
	15	3	12	4.7	22.09
	17	12	5	-2.3	5.29
	9	3	6	-1.3	1.69
	14	10	4	-3.3	10.89
	10	9	1	-6.3	39.69
	7	8	-1	-8.3	68.89
	15	9	6	-1.3	1.69
	17	11	6	-1.3	1.69
	15	7	8	0.7	0.49
	14	10	4	-3.3	10.89
	16	9	7	-0.3	0.09
	15	6	9	1.7	2.89
	17	14	3	-4.3	18.49
	15	11	4	-3.3	10.89
	15	9	6	-1.3	1.69
	6	4	2	-5.3	28.09
	17	11	6	-1.3	1.69
	16	8	8	0.7	0.49
	14	5	9	1.7	2.89
	7	6	1	-6.3	39.69

Suma total	684	348		
PROMEDIO	14.8695652	7.56521739		
		Suma	336	479.74
		Promedio de las diferencias	7.3	
			Sd	10.66088889

ANEXO H: PRUEBA T DE STUDENT

HIPOTESIS DE ESTUDIO:

H₁: Existe EFICACIA significativa del programa educativo “Niños sanos tendré, porque los vacuné” en el nivel de conocimientos sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año. Puesto de Salud Metropolitana. 2017

H₀: No Existe EFICACIA significativa del programa educativo “Niños sanos tendré, porque los vacuné” en el nivel de conocimientos sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año. Puesto de Salud Metropolitana. 2017

Con un error $\alpha = 0.05$, entonces $\alpha/2 = 0.025$: Posibilidad de rechazar la hipótesis nula siendo verdadera.

Dónde:

$$t_{cal} = \frac{d - \mu_d}{\frac{S_d}{\sqrt{46}}}$$

- d: Promedio de diferencia.
- μ_d : Promedio H₀.
- S_d: Varianza de las diferencias.
- N: Numero de encuestadas.

Reemplazando:

$$t_{cal} = \frac{7.30 - 0}{\frac{10.66}{\sqrt{46}}}$$

$$t_{cal} = \frac{7.30}{1.57}$$

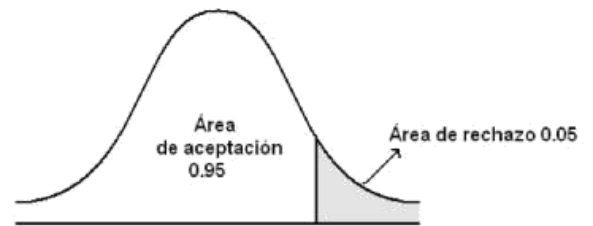
$$t_{cal} = 4.7$$

Si t calculado $<$ t tabulado, entonces se acepta la H_0 .
Y si t calculado $>$ t tabulado, entonces se acepta la H_1 .

Se tiene t calculado = 13.15

t tabulado = 1.6

Como: $4.7 > 1.7$, se concluye:



Se acepta:

H_1 : Existe EFICACIA significativa del programa educativo “Niños sanos tendré, porqué los vacuné” en el nivel de conocimientos sobre vacunas, en madres de niños mayores de un año. Puesto de Salud Metropolitana. 2017